

# Quels résultats pour la dérivation cutanée continente sans agrandissement de vessie ? Rapport préliminaire de l'expérience Pitié/Garches O. Decombes, P Denys, A Even, E. Chartier-Kastler\*

Hopital Universitaire Pitié-Salpêtrière, AP-HP,  
Médecine Sorbonne Université, Chef de Service  
Consultation de neurourologie (Pr. P Denys),  
H R. Poincaré, Garches, APHP

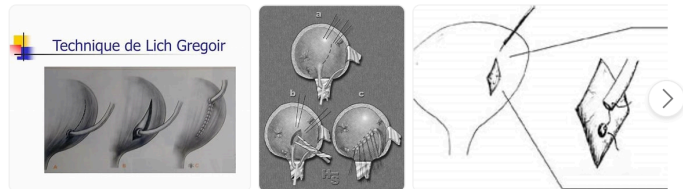
\*[emmanuel.chartier-kastler@aphp.fr](mailto:emmanuel.chartier-kastler@aphp.fr)



# Derivation cutanée continente : notre raisonnement

- Stomie

- Mitrofanoff ou équivalent
- Lich-Grégoire sur vessie native
- Placement de la stomie à l'ombilic, sauf impossibilité
- 3 semaines de sonde avant AS



Extravesical reimplantation  
without any bladder opening

- Réservoir

- Evaluation préopératoire
  - CM, BUD, TEG
- Discussion
  - Maladie évolutive (SEP)
  - Réduire la morbidité
  - Réduire la durée de séjour (pas de mucus = pas de lavages)
  - Devenir incertain des Mb Sup

# DCC : notre expérience globale (Thèse T Germain, 2022)

## Non publiée

- 2001-2018 : 224 patients
- 2003-2021 : sur vessie native
  - 31 patients
  - > 1 an de suivi

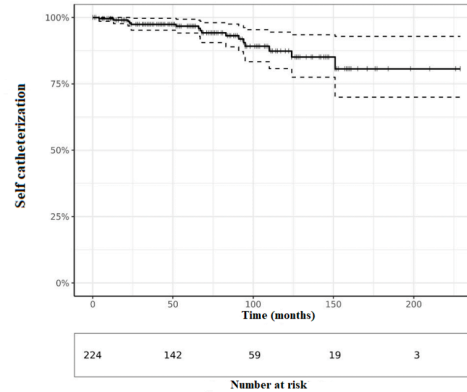


Figure 6 Courbe de survie du maintien de l'auto-sondage

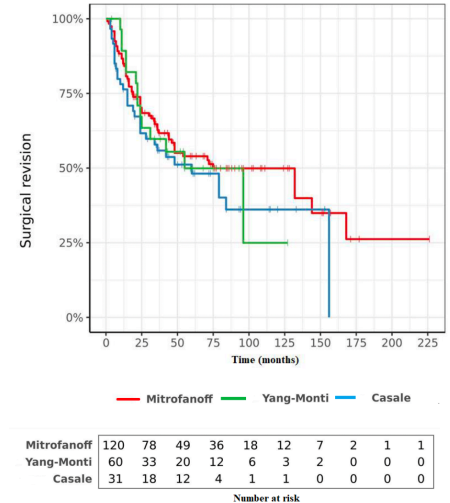


Figure 8 Courbes de survie selon le conduit confectionné

Urethral incontinence	22 (10%)	ACT, Bulk agent or TVT	13 (6%)
		No surgical revision	3 (1%)
		Urethra or bladder neck closure	6 (3%)
Bladder overactivity	24 (11%)	Augmentation cystoplasty	4 (2%)
		Anticholinergic drug	19 (8%)
		Intradetrusor botulinum toxin A injection	1 (0.5%)

# Population

- 45 % blessés médullaire
- 35% SEP

TABLEAU 1 – Caractéristiques de la population

TOTAL	31	
GENRE		
Femme	25	81%
Homme	6	19%
PATHOLOGIES		
<b>Pathologie médullaire - radiculaire/Neuropathie</b>	<b>14</b>	<b>45%</b>
Blessés médullaires/Ischémie médullaire	11	78%
Syndrome de la queue de cheval	2	14%
Maladie de Charcot-Marie-Tooth	1	7%
<b>Sclérose en plaques</b>	<b>11</b>	<b>35%</b>
<b>Anomalie congénitale de la moelle spinale</b>	<b>3</b>	<b>9%</b>
Spina Bifida	2	66%
Moelle attachée avec imperforation anale	1	33%
<b>Carcinome de l'urètre masculin</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>Mégavessie congénitale</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>Cloaque congénital</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
INTERVENTION		
<b>Dérivation cutanée continente</b>		
Appendice	22	70%
Casale	6	19%
Tube de Monti	3	9%
<b>Geste urétral</b>		
Bandelette sous-cervicale aponévrotique	9	90%
Fermeture de l'urètre	1	10%



**TABLEAU 2 – RESULTATS – 31 patients**

	<u>Pré-op</u>	<u>Post op</u>
<b>Fuites par la stomie</b>		<b>8 (26%)</b>
<b>Fuites par les voies naturelles</b>		<b>9 (29%)</b>
<b>Abandon des AS</b>		<b>6 (19%)</b>
Sonde à demeure		1
Hétéro-sondages		1
Dérivation selon Bricker		4
<b>Entérocystoplastie d'agrandissement secondairement</b>		<b>5 (16%)</b>
<b>BUD</b>	<b>23</b>	<b>25</b>
Capacité vésicale cystomanométrique (moyenne)	514 mL	419 mL
Hyperactivité détrusorienne	7 (30%)	9 (36%)
<b>Traitements non chirurgicaux de l'HAV</b>		
Anticholinergiques	19 (58%)	20 (65%)
Injections intradétrusoriennes de toxine botulique	12 (39%)	15 (48%)

# Résultats combinés :

## 6AS/jour, aucune fuite en haut ou en bas

TABLEAU – Succès

		SEP	Blessé médullaire	Spina Bifida	Charcot-Marie-Tooth	Queue de cheval	Cloaque cong.	Moelle attachée	Mégavessie cong.	TOTAL
Sec par la stomie										
Sec par l'urètre		7	4	1	1	1	1	1	1	17
Autonome pour 6 ASI / j		22%	13%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	54%
Traitements adjuvants	Antichol	5	4	1	1	1	1	0	0	13/17 76%
	ID TB	5	3	0	1	1	0	0	0	10/17 59%

# Fuites par l'uretère natif

TABLEAU – Fuites par l'urètre post-DCC

Pathologie	Fuites pré-DCC	Mode mictionnel pré-DCC	BUD pré-DCC		BSUM	BUD post-DCC		Prise en charge post-DCC
			Capacité mL	HD		Capacité mL	HD	
Sclérose en plaques	Oui	SAD	210	0	Oui	-	-	Bricker
Blessé médullaire – T6	Non	ASI	-	-	Oui	620	0	
Spina Bifida	Oui	HSI	280	0	Non	173	Oui	Bricker
Sclérose en plaques	Non	HSI	500	0	Non	-	-	
Blessé médullaire – T10	Oui	SAD	600	0	Non	56	0	ECP puis Bricker Fistule vésico-vaginale persistante Béance du col sur SAD (escarres)
Charcot-Marie-Tooth	Oui	VN	484	Oui	Oui	500	0	Antichol + ID TB
Blessé médullaire – C6	Oui	SAD	600	0	Oui	-	Oui	Antichol puis ECP (CI ID TB car AVK)
Blessé médullaire – T12	Oui	SAD	460	Oui	Oui	400	Oui	Antichol + ID TB
Blessé médullaire – T7	Oui	Poussées	600	0	Oui	520	0	Antichol
	7/9				6/9			
	77%				66%			

14/31 en préopératoire, 7/14 persistantes en post-op

# Traitement préalable par TBA

TABLEAU – Efficacité ID TB chez les patients déjà traités							
Pathologie	Contenance pré-DCC	BUD pré-DCC		BUD post-DCC		Suivi (ans)	Contenance post-DCC
		Capacité	HD	Capacité	HD		
		mL		mL			
Sclérose en plaques	Non - HSI	480	Non	480	Oui	14	Oui
Sclérose en plaques	Oui – ASI	600	Non	450	Non	8	Oui
Blessé médullaire – T10	Oui – ASI	530	Non	430	Oui	10	Oui
Spina Bifida	Non – HSI	280	Non	173	Oui	8	Non → Bricker (HAD résistantes, IRA, calculs)
Blessé médullaire – C7	SAD	600	Non	168	Oui	10	Non (+ ECP secondairement)
Sclérose en plaques	Non – ASI	277	Oui	175	Oui	8	Oui
Sclérose en plaques	Oui – HSI	500	Non	-	-	9	Non
Sclérose en plaques	Oui – ASI	600	Non	600	Oui	8	Oui
Sclérose en plaques	Oui – ASI	496	Oui	440	Non	8	Oui
Blessé médullaire – C6	SAD	556	Non	600	Non	5	Oui (ECP secondairement – suspi botulisme)
Sclérose en plaques	SAD	-	-	-	-	2	Non – Bricker (dégradation cognitive et motrice)
Sclérose en plaques	Non – ASI	540	Oui	300	Non	2	Oui
							4 patients sur 12
							Perte d'efficacité

4/12 : perte d'efficacité





# Agrandissements secondaires

TABLEAU – LISTE DES AGRANDISSEMENTS SECONDAIRES

Pathologie	BUD pré-ECP		Indication	Délai après DCC (ans)
	Capacité vésicale (mL)	HD		
Blessé médullaire - C7	168	Oui	Hyperactivité vésicale ++	2
Blessé médullaire - T10	56	Non	Vessie de petite capacité, béance du col et fuites par l'urètre – séquelle de SAD	4
Blessé médullaire – C6	600	Non	Suspicion de botulisme après dernière injection <u>→ Contre-indication ID TB</u>	4
Carcinome de l'urètre masculin	-	-	AS fréquents, vessie de petite capacité – résistant aux ID TB	5
Blessé médullaire – C6	-	Oui	Vessie hyperactive sous anticholinergiques <u>→ CI ID TB devant hématurie macroscopique et prise AVK</u>	0,4

TABLEAU 3 – SOUS GROUPES

	Total	Fuites par stomie	Fuites par urètre	Abandon AS			ECP	BUD						Traitements médicaux HAV			
				SAD	HS	Bricker		Total		Capacité (mL)		HD		Antichol		TB ID	
								Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op
<b>PATHOLOGIE MEDULLAIRE ou RADICULAIRE et NEUROPATHIE</b>	14	5 36%	6 43%	1	0	1	4 33%	11	13	565	424	3 27%	4 31%	9 57%	11 79%	3 25%	7 50%
<b>SCLEROSE EN PLAQUES</b>	11	1 9%	2 18%	0	1	2	0	8	8	458	378	3 38%	4 50%	8 73%	7 64%	8 73%	6 55%
<b>ANOMALIE CONGENITALE DE LA MOELLE SPINALE</b>	3	0	1 33%	0	0	1	0	3	3	473	459	0	1 33%	2 67%	1 33%	1 33%	1 33%

TABLEAU 4

	Total	Fuites par stomie	Fuites par urètre	Abandon AS			ECP	BUD						Traitements médicaux HAV			
				SAD	HS	Bricker		Total		Capacité (mL)		HD		Antichol		TB ID	
								Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op
<b>CARCINOME DE L' URETRE MASCULIN</b>	1	0	0	0	0	0	1	0	0					0	0	0	1
<b>MEGAVESSIE CONGENITALE</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0
<b>CLOAQUE CONGENITAL</b>	1	1		0	0	0	0	1	1	487	555	0	0	0	1	0	0

TABLEAU 4

	Total	Fuites par stomie	Fuites par urètre	Abandon AS			ECP	BUD						Traitements médicaux HAV			
				SAD	HS	Bricker		Total		Capacité (mL)		HD		Antichol		TB ID	
								Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op	Pré-op	Post-op
<b>CARCINOME DE L' URETRE MASCULIN</b>	1	0	0	0	0	0	1	0	0					0	0	0	1
<b>MEGAVESSIE CONGENITALE</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0					0	0	0	0
<b>CLOAQUE CONGENITAL</b>	1	1		0	0	0	0	1	1	487	555	0	0	0	1	0	0

# Discussion

- Quel objectif préopératoire ?
  - Assurer la vidange versus assurer la vidange et avoir contrôle absolu du stockage
- Résultats mitigés de l'absence d'agrandissement
- Mise en cause de la technique au dôme vesical ?
- Opinion personnelle:
  - La DCC exige un grand réservoir compliant
  - La dissection de la vessie native dégrade sa stabilité
  - En l'absence d'appendice fonctionnel: être encore plus « agressif »?
  - Cela doit faire partie de la discussion par principe



# Expérience Lyon, 2022

## Cystostomie continente isolée : une indication intéressante ou que l'on regrette souvent ?



*Isolated continent urinary diversion: An interesting or often regretted indication?*

C. Abou Chaaya\*, P. Neuville, A. Ruffion, T. Arber

**Tableau 2** Symptômes d'hyperactivité vésicale et traitements associés pré- et postopératoires. *n* (%).

	Préopératoire	Postopératoire
Urgenturies	4 (44 %)	2 (22 %)
Incontinence urinaire	7 (78 %)	6 (67 %)
Par la stomie	0	3 (33 %)
Par la voie basse	7 (78 %)	3 (33 %)
Pollakiurie	3 (33 %)	5 (56 %)
Nycturie	3 (33 %)	3 (33 %)
Traitements associés	7 (78 %)	7 (78 %)
Anticholinergiques	5 (56 %)	5 (56 %)
Stimulation nerf tibial ou racine S3	2 (22 %)	0
Onabotulinum toxin A	0	6 (67 %)

**Tableau 3** Paramètres urodynamiques postopératoire.

	Préopératoire	Postopératoire
Capacité vésicale cystomanométrique (moyenne ± écart-type, en millilitres)	481 ± 155	315 ± 207
Hyperactivité détrusorienne <i>n</i> (%)	2 (22 %)	4 (44 %)

**Tableau 1** Caractéristiques de la population.

Effectif total <i>n</i> (%)	9 (100 %)
Homme <i>n</i> (%)	2 (22 %)
Femme <i>n</i> (%)	7 (78 %)
Âge opération (moyenne ± écart-type)	46 ± 17
Pathologie initiale	
Traumatisme médullaire	4 (44 %)
Sclérose en plaques	1 (11 %)
Autres pathologies neurologiques <sup>a</sup>	3 (33 %)
Pathologie non neurologique	1 (11 %)
Traitements reçus préopératoire	7 (78 %)
Anticholinergiques	5 (56 %)
Stimulation du nerf tibial	1 (11 %)
Neurostimulation racines sacrées	1 (11 %)
Injection de toxine botulique	0
Type d'intervention	
Mitrofanoff	5 (56 %)
Monti	1 (11 %)
Casale	3 (33 %)
Geste urétral associé	2 (22 %)







